



Nivel de conocimiento sobre los determinantes sociales y de intencionalidad frente a las injusticias sociales por parte de los y las estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad de Alcalá

Daniel Oria Castro

Tutora: Raquel Luengo González

2020/2021

Universidad de Alcalá de Henares, Departamento de Enfermería y Fisioterapia.

Índice

Resumen / Abstract	4
Introducción	5
Objetivos	13
Metodología	14
Resultados	19
1 .Objetivo Percepciones.....	20
2. Objetivo Experiencia o exposición.	21
3 Objetivo Intencionalidad	22
4. Objetivo Variables socio demográficas.	26
Percepciones:.....	26
Exposición:.....	27
Intencionalidad:	28
5. Objetivo Relaciones entre escalas.....	30
Percepción- Exposición.....	30
Percepción- Intencionalidad	34
Exposición- Intencionalidad.....	34
Discusión	36
Objetivo Percepciones	36
2. Objetivo Acción	39
Limitaciones y líneas futuras.	41
Conclusiones.....	42
Bibliografía	43

Resumen / Abstract

El estudio de los determinantes sociales de la salud ha ido ganando relevancia en el campo de las ciencias de la salud demostrando la importancia que tienen a la hora de generar desigualdades en salud. Por eso resulta interesante investigar si los futuros profesionales de la salud conocen estos factores sociales condicionan la salud de las personas generando inequidades. A su vez, el debate filosófico que subyace al estudio de los determinantes sociales de la salud está relacionado con la concienciación frente a las injusticias sociales y el papel que cada persona quiere realizar en este. Por eso, además de medir el nivel de los conocimientos de los determinantes sociales de la salud se investigará nivel de concienciación frente a las injusticias sociales. Para ello se realizará una encuesta autoadministrada con la escala de intencionalidad frente a las injusticias sociales y los cuestionarios sobre las percepciones de los determinantes sociales de la salud a los estudiantes de diferentes campos de las ciencias de la salud.

Social determinants of health research has been gaining relevance in the field of health sciences, demonstrating their importance in generating health inequalities. Therefore investigate whether future health professionals are aware of these social factors that condition people's health and generate inequalities it is interesting. In turn, the philosophical debate that underlies the study of the social determinants of health is related to awareness of social injustices and the role that each person wants to play in this. Due to it, in addition to measuring the level of knowledge of the social determinants of health, the level of awareness of social injustices will be investigated. For this purpose, a self-administered survey with the intentionality scale against social injustices and questionnaires on the perceptions of the social determinants of health will be administered to students from different fields of health sciences.

Introducción

Los determinantes sociales de la salud son definidos por Organización Mundial de la Salud (OMS) como : “los factores no médicos que afectan a la salud, las condiciones en las que una persona nace vive, trabaja, crece y envejece incluyendo al conjunto de sistemas que generan estas condiciones”(Marmot et al., 2008). Con el avance de las enfermedades crónicas de origen multicausal y con las desigualdades sociales generadas por el sistema neoliberal estos factores sociales y la inequidad fruto de ellos han ido ganando relevancia (Mohammadi et al., 2020). Ante esta situación la OMS formó la Comisión de Determinantes Sociales (CDSS) con el objetivo de atajar estas disparidades y una de las intervenciones planteadas para reducirlas fue integrar el estudio de los determinantes sociales de la salud en las universidades con el fin de aumentar la conciencia y potenciar la investigación en este área (Marmot et al., 2008). Por eso, encontrándonos en una momento de pandemia que ha mostrado el peso de estas condiciones sociales tiene interés conocer el papel que pueden desarrollar en este área nuestros futuros profesionales de la salud. Pero antes vamos a realizar un recorrido histórico del estudio de los determinantes sociales de la salud, de sus modelos y del motor que existe detrás de los mismos, la justicia social.

1. Historia

Independientemente del modelo utilizado y de cómo hayan sido nombradas las características sociales que condicionan la salud de las personas, estas han sido objeto de estudio de las profesiones sanitarias desde finales del siglo XVIII constituyendo la base de la salud pública(Ortega, 2013). Sin embargo, autores como Giovanni Berlingue indican que hay registros anteriores remontándose a la época del antiguo Egipto donde se encontraron textos en papiros que relacionaban la salud de una persona y su estatus social (Berlinguer, 2007; Solar & Irwin, 2006).

Revolución industrial

A pesar de estos hallazgos fue durante el siglo XIX cuando las conexiones entre lo social y salud se hicieron más evidentes como resultados de los procesos de urbanización, el auge de la clase trabajadora y las condiciones de trabajo impuestas

durante la revolución industrial (Álvarez Castaño, 2009). Respondiendo a estas condiciones de vida precaria se potenció el estudio de dichos vínculos para resolver y mejorar ese deterioro dando lugar al movimiento sanitarista. En esta época en Europa podemos encontrar epidemiólogos brillantes como Rudolf Virchow y Neuman que analizaron la importancia que habían tenido la pobreza, la economía y diferentes políticas sociales en el desarrollo de la epidemia de tifus ocurrida en Silesia, Prussia(Jayasinghe, 2015). O Edwing Chadwick que en 1848 en Inglaterra y Gales participó en la creación de la considerada primera ley de salud pública donde por primera vez el estado asumió la responsabilidad de mantener y promover la salud de su población mejorando su entorno físico, que en este contexto suponía crear alcantarillado, generar aprovisionamiento y suministros de agua (Fee& Brown, 2005). Dentro de Reino Unido también merece la pena nombrar a Friedich Engels y sus trabajos sobre las diferentes tasas de mortalidad entre los trabajadores en las industrias de Manchester durante la revolución industrial (Engels, 2003). Por poner un último ejemplo nombrar al epidemiólogo francés Rene Villerme que con sus investigaciones fue capaz de asociar la calidad de los barrios de Paris y la mortalidad observada en ellos (Santos Padrón, 2011). O la relación entre la tasa de supervivencia de los hijos y la situación laboral de sus padres, diferenciando entre empresarios o trabajadores (Nedel& Bastos, 2020).

Modelo higienista y monocausal

Gracias a estos científicos el nexo entre los factores sociales y la salud se hizo más evidente. Sin embargo, a finales del siglo XIX las irrupciones del modelo higienista y el origen unicausal de las enfermedades, con la teoría microbiana de la enfermedad y los postulados de Koch, dieron soluciones eficaces frente a enfermedades infecciosas como el sarampión y la viruela eclipsando el estudio de los factores sociales (Davies et al., 2014).

Siglo XX

Una idea interesante para comprender desde una perspectiva histórica la investigación de los determinantes sociales es la propuesta por las autoras como Solar e Irwin. Ellas dibujan las políticas de la salud pública como un péndulo que en ocasiones va del lado

más social al lado más biologicista. En esta analogía actos como la definición de “salud” realizada por la OMS en 1948 representan un acercamiento crucial al lado social (Solar & Irwin, 2006). Con ella se permitió la creación de un marco teórico que promoviese y obligase a los diferentes gobiernos, países o estados realizar acciones que mejorasen la salud de las personas, entendiendo la salud con ese concepto amplio que permite un abordaje desde las condiciones de vida de las personas (Haigh et al., 2019). Este nuevo enfoque facilitó que las necesidades sociales tomaran un carácter legal facilitando que pudiesen ser reclamadas como un derecho (Solar & Irwin, 2010). Este progreso se vio rápidamente desplazado por los avances tecnológicos en el campo de la salud ocurridos durante las décadas de los 50 y los 60. Uno de los efectos secundarios de estos adelantos fue el aumento del coste para los sistemas sanitarios generando más desigualdades entre los países que carecían de accesos a estos recursos (Vilaseca & Sans, 2018). Este incremento de las diferencias generó un periodo de agitación social que coincidió con los periodos de descolonización en África y Asia y con el auge de los movimientos sociales en Europa, provocando una explosión de creatividad y consolidando un fuerte movimiento crítico frente al sistema social imperante y más concretamente hacia el sistema sanitario (Navarro, 2008). Este cambio vino facilitado por el aumento de la incidencia de las enfermedades no transmisibles que provocó una crisis del modelo unicausal que supuso un punto de inflexión para el desarrollo del modelo multicausal permitiendo así la inclusión de las variables sociales a la hora de poder entender la salud (Álvarez Castaño, 2009).

Como fruto de este contexto histórico se comenzó un proyecto de búsqueda de alternativas de modelos sanitarios que permitiesen un acceso equitativo a la salud. Se realizaron investigaciones centradas en experiencias ocurridas en países con menos recursos. Experiencias como los médicos con pies descalzos de China y otros programas comunitarios en África sirvieron como ejemplo para ver que se podía mejorar la salud de la población sin tener muchos recursos y realizando abordajes participativos y sociales (Weiyuan, 2008). Estas experiencias sumadas al movimiento de medicina social surgido en Latinoamérica fueron recogidas en diferentes informes realizados por la URSS y China y presentados a la OMS sirviendo como base para la creación de la conferencia de Alma ata (Baum, 2007). Vale la pena recordar también el

informe Lalonde publicado por el ministerio de sanidad Canadiense en 1974 donde según autores como Fernandez-Britto se concretó el concepto de determinante social de la salud (Fernández-Britto Rodríguez et al., 2012). O el Black report, informe realizado en 1980 en UK que evidenció que el sistema sanitario era un determinante más de la salud y que por lo tanto si se querían mejorar la salud de la población se necesitaba mejorar las condiciones de salud fuera del sistema sanitario (LamataCotanda, 1994).

Todas estas investigaciones culminaron en la conferencia internacional en Alta Ama en 1978 y con el proyecto de *Salud para todos en el año 2000* liderado por Halldan Mahler que para muchos autores fue un punto de crucial en el devenir de la historia de los DTS (Berlinguer, 2007; Ortega, 2013; Solar & Irwin, 2006). La conferencia fue organizada por OMS y UNICEF con Halflar Mahler director de la OMS en ese momento a la cabeza. Participaron 134 países y en ella se volvió a reafirmar el concepto abierto de salud, el reconocimiento de la salud como derecho fundamental. Además se señalaron como intolerables desde el punto de vista social, económico y político las desigualdades en salud, indicando la necesidad de actuar de manera transversal desde todos los ámbitos para reducirlas (Hixon et al., 2013). Posteriormente la conferencia de Ottawa en 1986 dio un paso más estableciendo ocho prerequisites que influían directamente en la salud de las personas, entre estos requisitos se encontraban la justicia social y la equidad (Solar & Irwin, 2006).

Estos progresos ocurrieron en un ambiente polarizado por la guerra fría. Los ideales propuestos en dichas conferencias chocaron de frente con el inicio de las doctrinas neoliberales representadas por la elección de Margaret Thatcher en UK, Ronald Reagan en USA, Kohl en Alemania y con las crisis ocurridas en los países de Latinoamérica en los 90 (Birn, 2018). Posteriormente la creación de *Selective PHC* en una conferencia organizada por la fundación Rockefeller en 1979 y el informe de *Investing in Health* realizado por el Banco Mundial en 1993 crearon un marco teórico de ideología neoliberal para el desarrollo de las políticas de salud que con el objetivo de abordar los problemas más urgentes de los países con bajos y medios ingresos desplazaron los objetivos planteados por la conferencia de Alma Ata de *manera temporal*. De esta

manera ganaron peso políticas costo efectivas y curativas con el sistema hospitalario como referencia del sistema sanitario (Rifkin, 2018).

A pesar de esto, en las siguientes conferencias de la OMS se fue consolidando el concepto de los determinantes sociales de la salud, dando lugar a la creación de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud en 2005 liderada por Michael Marmot y formada con 20 expertos más. Este evento ayudó a potenciar el número de investigaciones sobre este tema, disparándose el número de publicaciones (Ortega, 2013). Toda esta evolución desembocó en la realización de un informe en 2008 por parte de la Comisión llamado "Subsanar las desigualdades en una generación " en el cual se trazaría las diferentes líneas a seguir para atajar y disminuir las distribuciones injustas de las enfermedades. Las principales serían la mejora de las condiciones de vida, la redistribución desigual del poder y medir la magnitud y evaluar el efecto de las intervenciones; con seguimiento, formación e investigación (Health, 2008).

2. Modelos

La CDSS planteó estas intervenciones, aunque en función del modelo conceptual de determinantes sociales utilizado por el estado, país u organización las mismas pueden cambiar. La revisión bibliográfica realizada por Hosseini llega a contar hasta 21 modelos diferente. Dependiendo de la época en la que se diseñó el modelo los objetivos también varían. Hosseini indica que los modelos generados antes de 1995, donde entraría modelos populares como el de Whitehead, estaban más centrados en la descripción de los determinantes y en encontrar las relaciones existentes entre ellos, como se influyen etc. Los modelos realizados a partir de 2005 según este autor estarían más interesados en describir el estatus socioeconómico y los factores que lo construyen y utilizarlo como herramienta para reducir la desigualdad en salud. En este bloque entraría el modelo realizado por Solar e Irwin (Hosseini Shokouh et al., 2017).

De todos los modelos el más utilizado ha sido el de Whitehead, llamado modelo del arcoíris o el modelo capas de cebollas. En él los diferentes factores sociales se dividen en capas concéntricas que van desde el núcleo, que en este caso sería el individuo. Pasando por capas intermedias donde encontraríamos los factores individuales, las

redes comunitarias, las condiciones de vida, vivienda, trabajo etc. Hasta llegar a las capas más altas o alejadas donde se encontrarían factores como las políticas macroeconómicas. Según este modelo las capas superiores influyen a las inferiores. La CDSS creada en 2005 basa sus estrategias en este modelo (Lucyk & McLaren, 2017). Es necesario señalar que el modelo de Whitehead es una adaptación del modelo creado por Diderichsen llamado *la estratificación social de producción de las enfermedades* en el cual se hace hincapié en cómo los contextos sociales dividen y estratifican a las personas aumentando o disminuyendo el nivel de vulnerabilidad que su salud va a terminar teniendo (Solar & Irwin, 2010).

Otro modelo útil para entender el marco teórico utilizado por España a la hora de abordar las desigualdades en salud es el desarrollado por Solar e Irwin (Borrell & Malmusi, 2010). Este modelo divide los factores en intermedios o estructurales. Sus autoras ponen su atención en el poder de las políticas y del contexto socioeconómico, que en este modelo serían llamados factores estructurales, para moldear las desigualdades que afectan a la salud. En este modelo también encontramos los factores intermedios que son las vías a través de las cuales estas condiciones estructurales aumentan o disminuyen la vulnerabilidad del individuo frente a la salud o la enfermedad (Solar & Irwin, 2010).

3. Justicia

Una vez realizado el seguimiento histórico de la evolución de los determinantes sociales puede observarse que detrás de este concepto se esconde un debate moral sobre la justicia social (Ruger, 2004). Los determinantes sociales investigan la producción de inequidades en salud, es decir, desigualdades que *“son injustas, evitables e innecesarias”* según palabras de Whitehead en su artículo *The concepts and principles of equity and health* (Whitehead, 1992). Es este sentimiento de injusticia el que fomenta su estudio. Lee Jong Wok, director general de la OMS, cuando formó la CDSS señaló que era una creación movida principalmente por las ganas de justicia social en el área de salud global (Solar & Irwin, 2010) (León, 2013). El filósofo Ángel Puyol opina que el estudio de los determinantes sociales de la salud es una

herramienta para identificar y denunciar el tipo de injusticias que dan pie a estas distribuciones desiguales. Y no solo eso, si no también diseñar políticas o medidas más amplias para actuar sobre la equidad. Previamente, en modelos biologicistas la distribución o aparición de una enfermedad no podía ser injusta, ahora gracias a los determinantes sociales de la salud si (Puyol, 2012). Pero autores como Fulvio Borges señalan la necesidad de dar un paso más en el estudio de los determinantes sociales de la salud poniendo el foco en la injusticia social, entender que estas características son creadas por la sociedad (Nedel & Bastos, 2020). Es en esta conexión donde gana relevancia la sensibilización frente a la injusticia social. Una de las metas de enseñar los DTS es que los y las futuras profesionales entiendan, critiquen y tomen partido frente a las injusticias sociales y actúen para alcanzar la igualdad (Sharma et al., 2018).

El concepto de justicia social es un tema complejo que ha sido estudiado desde diferentes perspectivas y dependiendo de cual se utilice se realizarán unos programas u otros para abordar los determinantes sociales de la salud. Existen principalmente dos grandes vertientes al hablar de justicia social, por un lado encontraríamos el liberalismo social base de la epidemiología social anglosajona (John Rawls y Amartya Sen) y por el otro a los epidemiólogos que basan su idea de justicia social en la Teoría crítica (Correa, 2013). Esta rama está más desarrollada en la medicina social latinoamericana (Valencia, 2017).

Como el investigador Samuel Arias Valencia apunta, la principal diferencia entre estos dos abordajes es que el primero se basa en la búsqueda de la libertad mientras que el segundo busca la igualdad. El enfoque tomado por la CDSS, liberalismo social, busca garantizar un nivel mínimo de recursos para todas las personas para que así ellas puedan disponer de su libertad, es decir una redistribución igualitaria de los recursos para afrontar los mismos. Esta idea está basada en la justicia distributiva de Aristoteles y en la teoría de justicia social de John Rawl (Correa, 2013).

Mientras tanto, la perspectiva basada en la teoría crítica tiene un carácter más profundo y holístico que propone intervenciones que van más allá de la distribución de los recursos. Entiende que estos son obtenidos y repartidos en un sistema capitalista que es el principal productor de todas las desigualdades sociales. Según esto, una

redistribución de los recursos sin un cambio del sistema no podrá generar oportunidades de libertad. Esta corriente de pensamiento está mucho más presente en el movimiento de medicina social latinoamericano donde incluso dejan de hablar de determinantes sociales para hablar de *determinación social* (Morales-Borrero et al., 2013; Valencia, 2017). Critican que la inclusión de los determinantes sociales de la salud en la enseñanza sea desde un abordaje de factores de riesgo, facilitando su naturalización, generando y fomentando intervenciones que modifican el comportamiento de la persona a nivel individual limitando la actuación a nivel estructural y la concienciación de las injusticias (Andermann, 2016). Hablando de pobreza como un factor de riesgo sin señalar la opresión como generador, o raza sin racismo o sexo sin sexismo. Esta manera de enseñar repercute a la hora de imaginar soluciones y de actuar según Sharma (Sharma et al., 2018). Si una injusticia social no es visibilizada jamás será eliminada (Mogford et al., 2011).

Por todos estos motivos, independientemente del modelo utilizado, se hace visible que la justicia social es uno de los motores en el estudio de los determinantes sociales de la salud. Generar y tener una conciencia crítica frente a las injusticias sociales es la herramienta diferencial para pasar de un plano observador a un activo (Kumagai & Lyson, 2009).

Es justamente por eso que el momento actual de crisis sanitaria se ha visto fuertemente condicionado por los determinantes sociales en la distribución de mortalidad por Covid-19 (Bambra et al., 2020). Ahora que se avecina una crisis económica que probablemente suponga que las desigualdades sociales aumenten, en base a las medidas económicas de austeridad empleadas en anteriores crisis por los diferentes estados de Europa. Y observando los resultados que tuvieron sobre la salud de la población (Serapioni, 2017) la concienciación frente a las desigualdades sociales en salud de los futuros profesionales es necesaria. Sobre todo si nos fijamos en la trascendencia que han tenido reduciendo estas inequidades a lo largo de la historia (Habibzadeh et al., 2021). Por eso este momento de crisis me parece una buena oportunidad para conocer el potencial que tienen los actuales estudiantes de ciencias de la salud como agentes de cambio frente a estas circunstancias.

Objetivos

El objetivo general es describir el nivel de concienciación sobre desigualdades sociales en salud.

1. Objetivo específico describir el nivel de conocimiento sobre desigualdades sociales en salud.

2. Objetivo específico describir las experiencias de lo vivido como profesionales, las exposiciones de los estudiantes frente a desigualdades en salud.

3. Objetivo específico conocer su intencionalidad frente a las desigualdades sociales en salud.

4. Objetivo específico describir la distribución de estos conocimientos dependiendo de las variables socio demográficas y académicas.

5. Objetivo específico describir las relaciones existentes entre las diferentes encuestas y escala pasada.

Metodología

Para conseguir los objetivos que nos hemos planteado hemos escogido un abordaje cuantitativo distribuyendo a los alumnos y alumnas de las facultades de farmacia, medicina, fisioterapia y enfermería de la UAH unos cuestionarios autoadministrados que abordan los temas de los determinantes sociales y una escala de concienciación sobre la justicia social. Para ello hemos generado un cuestionario autoadministrable online en Google forms que toma entre 15 y 20 minutos hacerlo. Se divide en diferentes apartados abordando los diferentes objetivos planteados. Para su distribución se generó un enlace y un código QR ligados al cuestionario que se pasará a los participantes. Al pinchar y clicar el enlace o capturar el código les lleva directamente al cuestionario. Una vez que siguen el enlace, antes de empezar el cuestionario aparece un texto donde se les explica de manera breve el objetivo de la investigación pidiéndoles su consentimiento si quisiesen participar, recordándoles que la participación no es obligatoria y que pueden abandonar el estudio en cualquier momento sin ningún tipo de problema.

La muestra se consiguió repartiendo el cuestionario online entre los alumnos y alumnas de los diferentes grados con la ayuda de profesores y de las diferentes delegaciones de alumnos que muy amablemente lo han compartido con sus compañeros de clase a través de aplicaciones como Whatssap. Por si acaso el móvil o el acceso al grupo de wasap pudiese representar un sesgo dejando fuera a posibles participantes que no tuviesen móvil el enlace también se envió por correo a las delegaciones para que estas lo mandasen a través de esta vía.

Participantes:

El sujeto de estudio han sido los estudiantes de las principales carreras de ciencias de la salud (medicina, farmacia, enfermería y fisioterapia).

Los criterios de inclusión son pertenecer a una de estas cuatro ramas, estar cursando a día de hoy el grado, estar realizándolo en la universidad de Alcalá y ser mayor de edad.

Criterios de exclusión: no se han puesto criterios de exclusión porque interesa ver la variedad que ofrecen los resultados teniendo en cuenta las variables sociodemográficas.

Muestra:

Una vez pasadas las encuestas la muestra ha estado compuesta por 198 personas de las cuales 151 (75%) han respondido como mujeres, 49 (24,4%) como hombres y una persona como genero no binario. En cuanto a la división por grados respondieron 41 (20,4%) estudiantes de enfermería, 35 (17,4%) del grado de fisioterapia, 78 (38,8%) de medicina y 47 (23,4%) de farmacia. 54 (26,9%) alumnos de primero, 44 (21,9%) de segundo, 38(18,9%) de tercero, 26(12,9%) quinto y 5 (2,5%) de sexto.

Instrumentos:

Se utilizarán las encuestas de percepciones y experiencias relacionadas con los determinantes sociales, la escala autoadministrables de justicia social y un cuestionario sociodemográfico:

- Los cuestionarios a utilizar serán la propuesta en la investigación de Pibernus, en ella administraron una encuesta de 16 preguntas sobre factores socioestructurales. Las nueve primeras preguntas tratan sobre las percepciones y conocimientos que tienen los participantes sobre los determinantes sociales de la salud poniendo ejemplos que relacionan obesidad y clase o condiciones laborales y salud mental y física entre otras. Después realiza 7 preguntas sobre experiencias vividas en su área de trabajo o de prácticas que pueden haber estado relacionadas con los determinantes sociales de la salud. Las respuestas son en formato escala de Linkert pero en la primera parte, 9 primeras preguntas, va del 1 al 4 yendo del totalmente de acuerdo al totalmente desacuerdo mientras que en la segunda parte la escala va de nunca

a siempre (Pibernus et al., 2014). A mayor puntuación en las dos encuestas significa que se tiene menos conocimiento sobre los determinantes sociales y que se tiene menos experiencia con ellos.

- La escala de justicia social de Torres-Harding, Siers y Olson (2012) aborda tres dimensiones, por una parte la relacionada con la justicia distributiva y la idea de equidad. La segunda parte se centra en el concepto del reconocimiento, que según Javier Murillo está más relacionado con la diversidad y el respeto hacia personas diferentes a nosotros mismos. Y como último apartado evalúa las intenciones actitudinales y de participación en torno a la justicia social (Torres-Harding et al., 2012). Herramienta traducida y validada al castellano en el estudio de Nina Hidalgo que presenta 24 items que son valorados utilizando la escala Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Con un alfa de Cronbach del 0,93 (Hidalgo et al., 2018).

Junto con las escalas y el cuestionario se pasarán unas preguntas para conocer las condiciones demográficas y sociales de los y las participantes. Se preguntará la edad, el género, la formación, el curso en el que se encuentra, situación laboral, su situación habitacional, número de personas con las que convive, nacionalidad, clase social a la que pertenece.

Procedimiento:

Una vez que el comité de ética aprobó la realización de la investigación se comenzó con la recogida de información, para ello se distribuyó el enlace que daba acceso a los cuestionarios online a nuestros porteros para que nos diesen acceso a la muestra. Una vez obtenidos los datos los pasamos al programa SPSS para realizar el análisis correspondiente.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS. Primero se describió mediante las variables sociodemográficas a nuestra población. A partir de esta fase se realizaron pruebas de homocedasticidad y la prueba kolmogorov smirnov para conocer si las diferentes encuestas y escalas presentaban una distribución normal. Después de este momento con las escalas que presentaron distribución no normal se realizaron pruebas no paramétricas. Si el objetivo era conocer las diferencias entre medias para una variable se realizaba la prueba o U de Mann-Whitney o la prueba de Krutal Wallis en función del número de categorías que tuviese la variable. Si se encontraban diferencias significativas se realizaba la prueba Post Hoc para conocer en mayor profundidad las diferencias entre los grupos. También se realizaron tablas de contingencia y correlaciones entre las escalas para conocer si coeficiente de correlación.

Consideraciones éticas

Antes de iniciar la investigación se solicitarán los permisos pertinentes por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de la Universidad de Alcalá como entidad participante.

Teniendo en cuenta la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD), se asegurará que los derechos y libertades de los sujetos en estudio sean respetados, al igual que la confidencialidad en el tratamiento de sus datos (Boletín Oficial del Estado (BOE)).

Dado que se trata de un tema controvertido y actual se incrementa la necesidad de garantizar la confidencialidad y anonimato de los participantes y de utilizar los datos de forma exclusiva para abordar los objetivos propuestos y no de forma reivindicativa.

Para la protección del anonimato de los pacientes los nombres no serán utilizados ni en las entrevistas ni en la base de datos. Para ello se emplearán números de identificación personal y las grabaciones serán destruidas tras su transcripción.

Se garantizará la voluntariedad en la participación desde el principio a través del consentimiento informado (Anexo), que será entregado a los participantes antes de pasar las encuestas, informando que podrá ser revocado en cualquier momento sin consecuencias. Se garantiza, así mismo, que la investigación sólo tiene fines científicos y los datos obtenidos no podrán ser empelados para otras investigaciones o fines.

La metodología que se ha expuesto define unas directrices generales que podrán irse concretando en las diferentes fases con el objetivo de abarcar los objetivos propuestos y rescatar el discurso colectivo que describa holísticamente el fenómeno de estudio

Resultados

Atendiendo a los objetivos planteados en la investigación vamos a realizar el análisis de los resultados.

Primero vamos a realizar una descripción de la población que participo en nuestro proyecto.

Descripción de la población

Una vez pasadas las encuestas la muestra ha estado compuesta por 198 personas de las cuales 151 (75%) han respondido como mujeres, 49 (24,4%) como hombres y una persona como genero no binario. En cuanto a la división por grados respondieron 41 (20,4%) estudiantes de enfermería, 35 (17,4%) del grado de fisioterapia, 78 (38,8%) de medicina y 47 (23,4%) de farmacia.

54 (26,9%) alumnos de primero, 44 (21,9%) de segundo, 38(18,9%) de tercero, 26(12,9%) quinto y 5 (2,5%) de sexto. De toda la muestra 5 estudiantes tenían ya un grado y solamente uno un master. De la muestra total solamente 30 (14,9%) trabajaban. De las 198 personas, 3 (1,5%) tienen a su cargo una persona en situación de dependencia.

El 77,6% de las personas viven en un domicilio con sus familiares, el 9,5% comparten piso, el 3,5% viven en piso propio y un 9,5% viven en residencia de estudiantes. Un 63,7% viven con dos o más personas, 23,5% viven con 2 personas,9,5% viven solo con una persona y el 3,5% vive sola. Respondiendo a la pregunta sobre religión el 10% son religiosos practicante, 26,4% (53) religiosos no practicantes, 37,3% (75) ateos y un 26,4% (53) agnósticos (**Tabla 1 Anexos**).

1 .Objetivo Percepciones

Conocer si los estudiantes de la salud conocen las desigualdades sociales en salud.

Con el objetivo de conocer los conocimientos de los estudiantes acerca de los determinantes sociales analizamos descriptivamente los datos de la encuesta de percepciones la cual se compone de 9 preguntas que se pueden ver en la **Tabla 1**. Estas preguntas relacionan salud con diferentes factores sociales que pueden influir como por ejemplo la clase social, el apoyo social, el estigma o la situación laboral. Por profundizar solamente en un par de preguntas el 71,1% de las personas consideran que los momentos de tensión y ansiedad afectan a la salud influyendo en la probabilidad de padecer enfermedades crónicas. En otra pregunta el 61,2% de los estudiantes asocia el estigma social con un aumento de las probabilidades de padecer una muerte prematura. En la pregunta que relaciona apoyo social y dificultad en las enfermedades crónicas solamente el 49,3% respondió que estaban de acuerdo en que el apoyo social actúa como factor protector a las personas con enfermedades crónicas para desarrollar incapacidades.

En cuanto a de quien es la responsabilidad sobre la salud de la persona los porcentajes estuvieron más repartidos. Un 42,3% creen que la persona es la principal responsable de su salud, mientras que un 22,9% cree que es el estado quien tiene más responsabilidad. El resto de encuestados respondieron ni de acuerdo ni en desacuerdo.

En la pregunta que relaciona obesidad y nivel socio económico solamente el 65% de los estudiantes respondió estar de acuerdo mientras que un 19,9% dijo no estar de acuerdo con esta relación. Si dividiésemos esta pregunta por la variable grado los porcentajes varían. El 82,3% de las personas que estudian enfermería creen que siempre o casi siempre existe vínculo entre la obesidad y el nivel socioeconómico. Este porcentaje disminuye casi hasta la mitad en el caso de los estudiantes de fisioterapia 40%. Los estudiantes de medicina y farmacia presentaron porcentajes similares 67,9% y 63,8% cada uno.

A la pregunta que asocia salud mental con clase social un 66,7% han respondido estar de acuerdo mientras que un 20% no. En esta pregunta en concreto el porcentaje de gente de acuerdo aumenta si lo dividimos por grados. En enfermería sube hasta el 73,2% y en fisioterapia al 77,1% sin embargo los porcentajes bajan hasta el 60% en los estudiantes de medicina y farmacia.

La media en el resultado final de la encuesta varía dependiendo del grado que estudien. Enfermería tiene una media de 21,86 (desviación 6,47), fisioterapia 21,71 (dv 3,54), medicina 23,39 dv (6,61) y farmacia 24,78 (dv 4,47)

2. Objetivo Experiencia o exposición.

Realizamos el mismo proceso descriptivo con los resultados obtenidos en la encuesta sobre vivencias como profesionales. A la pregunta si la pobreza se relaciona con las personas a las que atienden como pacientes solamente el 47% respondieron que siempre frente al 15,9% que dijo nunca. El porcentaje aumenta hasta un 58,8% cuando se les pregunta sobre la relación entre la inseguridad en el empleo y la salud de las personas a las que atienden. La pregunta que señala a los determinantes estructurales como causantes de patrones de conductas adictivas de las personas a las que atienden obtuvo porcentajes más elevados, el 63,2% responden que siempre o casi siempre. Solamente un 15% dijo nunca y un 21 % a veces. A la pregunta realizada sobre qué tipo de abordaje realiza como profesional, es decir, de manera individual sobre la persona en concreto el 53,2% dijo que siempre o casi siempre realiza este tipo de metodología. Y solamente el 55,2% respondió que siempre o casi siempre el tema de los determinantes sociales se había discutido en su clase.

En los resultados de esta encuesta encontramos diferencias más elevadas dependiendo del grado de estudio comparando con los datos obtenidos en la encuesta de percepciones. La media en la encuesta para enfermería es 15,17 (desviación 6,08), fisioterapia 15,45 (dv 3,98), medicina 17,43 (dv 5,71) farmacia 18,85

(dv 4,55). Por ejemplo en la **Tabla 2** podemos observar las diferencias dependiendo del grado de estudio. En el caso de las enfermeras y los médicos un 56% observan que la pobreza se relaciona con sus pacientes. No es así en la experiencia de las personas que estudian farmacia 34%. Otra pregunta en la que encontramos diferencias entre los porcentajes es en la pregunta sobre adicción y factores estructurales. Aquí tanto enfermeras como fisioterapeutas responden entre 75% y 80% a que siempre o casi siempre estos factores estructurales determinan los comportamientos adictivos de las personas. Este porcentaje disminuye en el caso de la opinión de los estudiantes de medicina 57,7% y más en estudiantes de farmacia 48,9%.

En la encuesta se pregunta si durante su formación la discusión sobre los determinantes sociales de la salud fue parte del temario y quizás sea la pregunta en la que encontramos mas diferencias. Un 82,% de los alumnos de enfermería dijo que siempre o casi siempre se había abordado este tema en comparación con el 46,2% de medicina o el 36,2% en farmacia.

3 Objetivo Intencionalidad

Al analizar la escala de Justicia social nos fijamos concretamente en la subescala que aborda la intencionalidad de participar para reducir estas injusticias. Esta está compuesta por 4 ítems.

Los resultados obtenidos en esta escala nos indican que la mayoría de los estudiantes presentan una alta intencionalidad para abordar las injusticias sociales ya sea cediendo o dando voz a las personas que las sufran, un 87,6% están de acuerdo, o planteando debates en el futuro sobre cómo el poder y las estructuras sociales generan desigualdades en salud (81,9%). También presentan porcentajes superiores al 70% a la hora de querer comprometerse en un futuro en organizaciones o colectivos que aborden estas temáticas, en torno a un 77,7%.

Si dividiésemos por grados los alumnos de enfermería tienen una media de 25,00 con una desviación estándar de 2,57. Los de fisioterapia un 24,11 con una desviación 3,91,

medicina 21,97 y una desviación de 5,29. Finalmente farmacia presenta una media de 20,85 y una desviación de 5,02. Y también observaríamos diferencias de porcentajes presentando mayor intencionalidad las personas que estudian enfermería sobre todo en comparación con las que estudian medicina y farmacia (**Tabla 3**).

	PERCEPCIONES											
	Enfermería			Fisioterapia			Medicina			Farmacia		
	D	AV	DES	D	AV	DES	D	AV	DES	D	AV	DES
Una persona que frecuentemente se enfrenta a momentos de tensión, se expone a una serie de condiciones de salud como infecciones, diabetes y accidentes cardiovasculares.	34 (82,9%)	2 (4,9%)	5 (12,2%)	28 (80%)	4 (11,4%)	3 (8,6%)	54 (69,2%)	4 (5,1%)	20 (25,6%)	27 (57,45%)	15 (31,9%)	5 (10,6%)
El estigma social puede llevar a una persona a tener una muerte prematura	30 (73,2%)	5 (12,2%)	6 (14,6%)	20 (57,1%)	11 (31,4%)	4 (11,4%)	49 (62,8%)	17 (33,3%)	11 (15,3%)	24 (51,1%)	12 (25,5%)	11 (23,4%)
Una persona insatisfecha con su trabajo puede desarrollar dolores en la espalda baja y enfermedades cardiovasculares.	28 (68,3%)	7 (17,1%)	6 (14,7%)	30 (85,7%)	3 (8,6%)	2 (5,7%)	46 (59,0%)	16 (20,5%)	16 (20,5%)	21 (44,7%)	13 (27,7%)	13 (27,6%)
Las personas con escasa redes de apoyo familiar y/o de pareja presentan altos niveles de incapacidad como resultado de enfermedades crónicas.	21 (51,2%)	5 (12,2%)	7 (17,1%)	21 (60,0%)	9 (25,7%)	5 (14,3%)	40 (75,6%)	19 (24,4%)	19 (24,4%)	17 (36,2%)	21 (44,7%)	9 (19,2%)
Las personas tienen la responsabilidad principal de desarrollar las condiciones para mejorar su salud, por encima de la responsabilidad del Estado	20 (48,8%)	11 (26,8%)	10 (24,4%)	18 (51,4%)	10 (28,6%)	7 (20,0%)	24 (30,8%)	37 (47,4%)	17 (21,8%)	15 (48,9%)	12 (25,5%)	12 (25,6%)
La prognosis de las condiciones que afectan a las personas depende en gran medida de su cubierta de salud	15 (36,6%)	20 (48,8%)	6 (14,6%)	19 (54,3%)	14 (40,0%)	2 (5,7%)	41 (52,6%)	24 (30,8%)	13 (16,6%)	19 (40,4%)	21 (44,7%)	7 (14,9%)
El vínculo entre la obesidad y el bajo nivel socioeconómico es inexistente.	6 (14,6%)	1 (2,4%)	34 (82,9%)	6 (17,1%)	15 (42,9%)	14 (40,0%)	18 (23,1%)	7 (9,0%)	53 (67,9%)	10 (21,3%)	7 (14,9%)	30 (63,8%)
Los hombres tienen una mayor expectativa de vida que las mujeres	9 (22%)	6 (14,6%)	26 (63,4%)	3 (8,6%)	7 (20,0%)	25 (71,4%)	16 (20,5%)	8 (10,3%)	54 (69,2%)	6 (12,7%)	7 (14,9%)	34 (72,3%)
La clase social a la que pertenece una persona influye en su salud mental	30 (73,2%)	4 (9,8%)	7 (17%)	27 (77,1%)	7 (20,0%)	1 (2,9%)	48 (61,5%)	9 (11,5%)	21 (26,9%)	29 (61,7%)	4 (8,5%)	14 (29,8%)

Tabla 1 Resultado encuesta Percepciones. D = de acuerdo, N= ni de acuerdo ni en desacuerdo, Des= desacuerdo.

EXPOSICIÓN												
	Enfermería			Fisioterapia			Medicina			Farmacia		
	S	AV	N	S	AV	N	S	AV	N	S	AV	N
La pobreza se relaciona con condiciones de salud en las personas a quienes provee servicios	23 (56,1%)	12 (29,3%)	6 (14,6%)	16 (45,7%)	13 (37,1%)	6 (17,1%)	41 (52,6%)	23 (29,5%)	14 (17,9%)	16 (34,0%)	27 (57,4%)	4 (8,5%)
Las características afectivas y de cuidado durante etapas tempranas del desarrollo se relacionan con las condiciones de salud en las personas a quienes provee servicios	29 (73,2%)	6 (14,6%)	5 (12,2%)	22 (62,9%)	11 (31,4%)	2 (5,7%)	48 (61,5%)	18 (23,1%)	11 (15,3%)	24 (51,1%)	15 (31,9%)	8 (17,1%)
La inseguridad en el empleo se relaciona con las condiciones de salud en las personas a quienes provee servicios	28 (68,3%)	5 (12,2%)	8 (19,5%)	24 (59,0%)	8 (22,9%)	3 (8,6%)	46 (59,0%)	18 (23,1%)	14 (18%)	20 (42,6%)	19 (40,4%)	8 (17,1%)
La disparidad social que se genera a partir de nuestro sistema económico influye en patrones de conductas adictivas (Ej: tabaco, alcohol, drogas ilegales) en personas a quienes provee servicios.	31 (75,6%)	6 (14,6%)	4 (9,8%)	28 (80,0%)	6 (17,1%)	1 (2,9%)	45 (57,7%)	19 (24,4%)	14 (18%)	23 (48,9%)	12 (25,5%)	12 (25,6%)
Como profesional, incluyo en mi acercamiento teórico y práctico, preceptos que provienen del campo de salud pública.	31 (75,6%)	5 (12,2%)	5 (12,2%)	27 (77,1%)	6 (17,1%)	2 (5,7%)	50 (64,1%)	14 (17,9%)	14 (17,9%)	25 (53,2%)	16 (34,0%)	3 (3,8%)
Mi rol como promotor/a de la salud se ha centrado en el nivel individual fomentando el cambio conductual en las	24 (58,5%)	12 (29,3%)	5 (12,2%)	25 (71,4%)	8 (22,9%)	2 (5,7%)	38 (48,7%)	28 (35,9%)	12 (15,4%)	20 (42,6%)	19 (40,4%)	8 (17%)

Tabla 2 Resultado encuesta Exposición. S = siempre, AV = a veces, N= nunca.

INTENCIONALIDAD												
	Enfermería			Fisioterapia			Medicina			Farmacia		
	D	N	Des	D	N	Des	D	N	Des	D	N	Des
T21 - En el futuro haré todo lo que pueda por asegurarme de que todos los grupos tengan la oportunidad de hablar y ser escuchados.	41 (100)	-	-	31 (88,6)	4 (11,4%)	-	66 (84,7%)	1 (1,3%)	8 (10,3%)	36(76,6%)	8 (17,0%)	3 (6,4%)
T22 - En el futuro tengo la intención de hablar con otros sobre las injusticias sociales las desigualdades de poder y el impacto de las fuerzas sociales sobre la salud y el bienestar.	41 (100)	-	-	32 (91,5%)	3 (8,6%)	.	59 (75,6%)	9 (11,5%)	7 (9,0%)	32(68,1%)	10 (21,3%)	5 (10,7%)
T23 - En el futuro, tengo la intención de comprometerme en actividad que promuevan la justicia social.	40 (97,6%)	-	1 (2,4%)	30 (85,7%)	3 (8,6%)	2 (5,8%)	57 (73%)	9 (11,5%)	9 (11,5%)	29 (61,7%)	14 (29,8%)	4 (8,5%)
T24 - En el futuro, tengo la intención de trabajar colaborativamente con otros y otras para que puedan definir sus problemas y desarrollar las capacidades para resolverlos.	40(97,6%)	1 (2,4%)	-	33 (94,3%)	2 (5,7%)	-	63 (80,8%)	5 (6,4%)	4 (5,1%)	29 (61,7%)	12 (25,5%)	6 (12,8%)

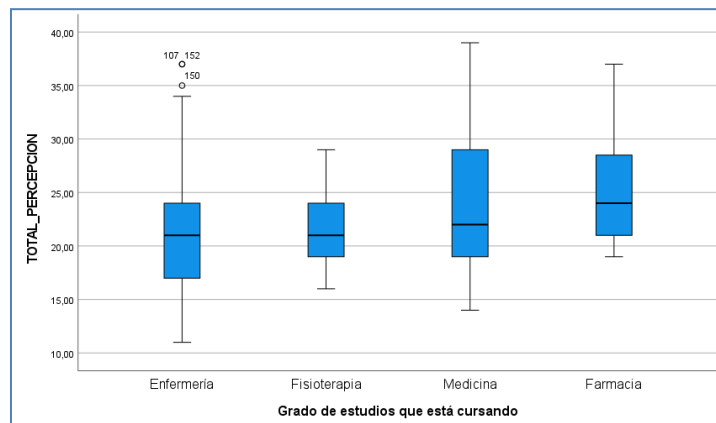
Tabla 3 Resultado escala Intencionalidad frente a las injusticias sociales. D = de acuerdo, N= ni de acuerdo ni en desacuerdo, Des= desacuerdo.

4. Objetivo Variables socio demográficas.

En este apartado vamos a realizar la relación entre los cuestionarios y las diferentes variables sociodemograficas. Primeramente se analizó la normalidad de las diferentes encuestas y escalas con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y mirando los valores de asimetría y courtosis. Para las tres escalas en la prueba de normalidad se obtuvieron p-valores de 0,05 por lo tanto asumimos no normalidad. Una vez que asumimos que no tienen una distribución normal procedemos a realizar las pruebas no paramétricas para observar si existen diferencias significativas en los resultados de las encuestas y la escala dependiendo de las variables independientes, en este caso las sociodemograficas y académicas. Para las variables independientes que tenían solo dos categorías se utilizó el estadístico U de Mann Whitney y para las variables con más de dos categorías se utilizaron las pruebas de Krustal Wallis.

Solo se encontraron diferencias significativas con la variable grado de estudio tanto en los resultados de los dos cuestionarios como en la escala de intencionalidad.

Percepciones:



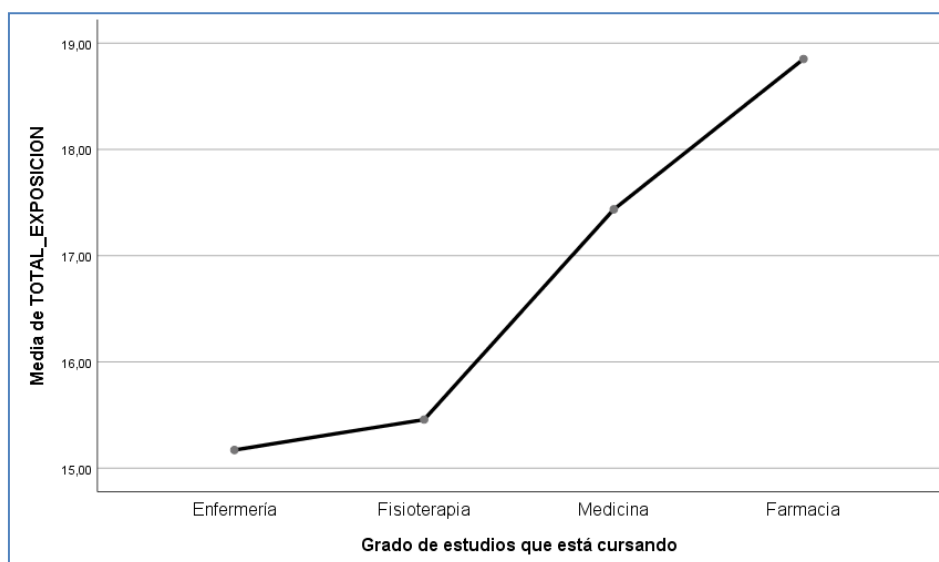
Gráfica 1 Percepción comparando medias dependiendo del grado de estudio.

Profundizando en las diferencias de medias realizamos la prueba Post Hoc (Gamer Howell) para conocer entre que grados se observan diferencias significativas. En este caso las diferencias se dan entre los alumnos de enfermería y farmacia.

Comparaciones por parejas de Grado de estudios que está cursando					
Sample 1-Sample 2	Estadístico de prueba	Error estándar	Estadístico de prueba estándar	Sig.	Sig. ajust. ^a
Enfermería-Fisioterapia	-6,556	13,356	-,491	,624	1,000
Enfermería-Medicina	-15,339	11,195	-1,370	,171	1,000
Enfermería-Farmacia	-39,182	12,402	-3,159	,002	,009
Fisioterapia-Medicina	-8,783	11,807	-,744	,457	1,000
Fisioterapia-Farmacia	-32,626	12,957	-2,518	,012	,071
Medicina-Farmacia	-23,842	10,716	-2,225	,026	,157
Cada fila prueba la hipótesis nula que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son iguales.					
Se visualizan las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es de ,050.					
a. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección Bonferroni para varias pruebas.					

Tabla 4 Comparación por parejas de Grado dentro de la encuesta Percepciones

Exposición:



Gráfica 2 Exposición comparando medias dependiendo del grado de estudio.

Realizamos el mismo proceso con la encuesta de exposición o experiencias y volvemos a ver que la única variable independiente que muestra diferencias significativas para los valores de la encuesta es el grado de estudio. En concreto se dan diferencias

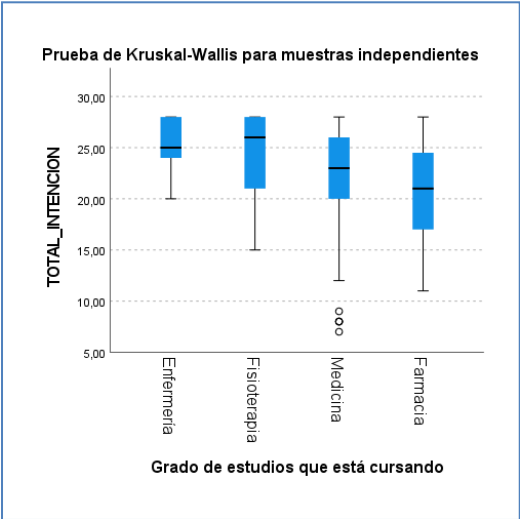
significativas a nivel estadístico entre los grupos por un lado de enfermería y fisioterapia con medicina y farmacia.

Comparaciones por parejas de Grado de estudios que está cursando					
Sample 1-Sample 2	Estadístico de prueba	Error estándar	Estadístico de prueba estándar	Sig.	Sig. ajust. ^a
Enfermería-Fisioterapia	-13,732	13,350	-1,029	,304	1,000
Enfermería-Medicina	-30,112	11,191	-2,691	,007	,043
Enfermería-Farmacia	-53,391	12,397	-4,307	<,001	,000
Fisioterapia-Medicina	-16,380	11,802	-1,388	,165	,991
Fisioterapia-Farmacia	-39,658	12,952	-3,062	,002	,013
Medicina-Farmacia	-23,279	10,712	-2,173	,030	,179
Cada fila prueba la hipótesis nula que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son iguales. Se visualizan las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es de ,050.					
a. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección Bonferroni para varias pruebas.					

Tabla 5Comparación por parejas de Grado dentro de la encuesta Exposición.

Intencionalidad:

Vuelve a ocurrir lo mismo con la escala de intencionalidad.



Gráfica 3 Diferencias de medias en la escala Intencionalidad dependiendo del Grado.

Comparaciones por parejas de Grado de estudios que está cursando					
Sample 1-Sample 2	Estadístico de prueba	Error estándar	Estadístico de prueba estándar	Sig.	Sig. ajust. ^a
Farmacia-Medicina	13,731	10,657	1,289	,198	1,000
Farmacia-Fisioterapia	37,837	12,789	2,959	,003	,019
Farmacia-Enfermería	45,693	12,241	3,733	<,001	,001
Medicina-Fisioterapia	24,106	11,726	2,056	,040	,239
Medicina-Enfermería	31,961	11,126	2,873	,004	,024
Fisioterapia-Enfermería	7,856	13,182	,596	,551	1,000

Tabla 6 Comparaciones por parejas de Grado de estudios que está cursando para la escala Justicia Social.

Encontramos diferencias significativas en las medias de la escala dependiendo de la formación de las personas. Las personas de Enfermería y Fisioterapia presentan mayores puntuaciones que los de Farmacia y Medicina.

Comparaciones por parejas de Grado de estudios que está cursando					
Sample 1-Sample 2	Estadístico de prueba	Error estándar	Estadístico de prueba estándar	Sig.	Sig. ajust. ^a
Farmacia-Medicina	15,106	10,588	1,427	,154	,922
Farmacia-Fisioterapia	38,948	12,707	3,065	,002	,013
Farmacia-Enfermería	49,319	12,162	4,055	<,001	,000
Medicina-Fisioterapia	23,842	11,651	2,046	,041	,244
Medicina-Enfermería	34,213	11,054	3,095	,002	,012
Fisioterapia-Enfermería	10,371	13,098	,792	,428	1,000

Tabla 7 Comparaciones por parejas de Grado de estudios que está cursando para la Escala Intencionalidad.

5. Objetivo Relaciones entre escalas

Una vez analizadas las diferentes encuestas dependiendo de las variables sociodemograficas procedemos a buscar correlaciones o asociaciones entre los propios cuestionarios. Al ser escalas con distribución no normal se utilizó el estadístico de Spearman.

Percepción- Exposición

¿La formación influye en la percepción? Con la intención de responder esta pregunta investigamos para ver si existen diferencias entre los grados a la hora de discutir los determinantes sociales tomando como hipótesis alternativa que si existen diferencias entre los diferentes grados. Para ello observamos las estadísticas descriptivas para esta pregunta concreta según la variable grado.

El tema de los determinantes sociales de la salud ha sido discutido como parte de los cursos graduados que he tomado			
	Siempre o Casi siempre	A veces	Nunca o casi nunca
Enfermería	82,9%	4,9%	9,8%
Fisioterapia	68,6%	25,7%	5,8%
Medicina	46,2%	29,5%	24,3
Farmacia	36,2%	31,9%	31,9%

Tabla 8 Porcentaje personas que respondió a la pregunta El tema de los determinantes sociales de la salud ha sido discutido como parte de los cursos graduados que he tomado.

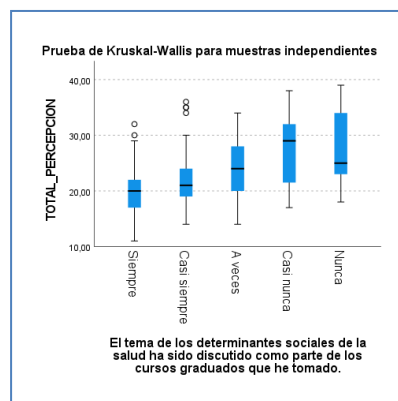
Una vez que observamos que existen diferencias significativas entre los grados a la hora de tratar el tema de los determinantes sociales profundizamos para conocer si la formación está relacionada con el resultado del cuestionario de percepciones. Nuestra hipótesis alternativa es que si existe relación, es decir, las personas que han dado el temario reconocen los determinantes y por lo tanto presentan menor puntuación en la encuesta. Recurrimos al estadístico Krustal Wallis relacionando los resultados obtenidos de la encuesta percepción con la variable la pregunta 7 de la encuesta

exposición para ver si según la respuesta dada se dan distribuciones significativamente diferentes en las diferentes escalas.

	TOTAL_PERCEPCION
H de Kruskal-Wallis	29,372
gl	3
Sig. asin.	<,001

Tabla 9 Prueba de Kruskal Wallis para la encuesta Percepción con la variable pregunta 7 de la encuesta Exposición.

El estadístico de Kruskal Wallis obtiene un p-valor inferior a 0,05 indicándonos que si hay diferencias significativas entre las medias según esta variable para la encuestas de percepción.



Gráfica 4 Diferencias en las medias dentro de la encuesta de Percepciones en función de haber discutido el temario de los determinantes sociales en clase.

Los que respondieron siempre o casi siempre a la pregunta si se había discutido los determinantes sociales en sus cursos presentan medias significativamente más bajas en la encuesta sobre percepción de los determinantes sociales, por lo tanto presentan más conocimiento sobre los determinantes.

			El tema de los determinantes sociales de la salud ha sido discutido como parte de los cursos graduados que he tomado.	TOTAL_PERCEPCION
Rho de Spearman	El tema de los determinantes sociales de la salud ha sido discutido como parte de los cursos graduados que he tomado.	Coeficiente de correlación	1,000	,436**
		Sig. (bilateral)	.	<,001
		N	201	201
	TOTAL_PERCEPCION	Coeficiente de correlación	,436**	1,000
		Sig. (bilateral)	<,001	.
		N	201	201

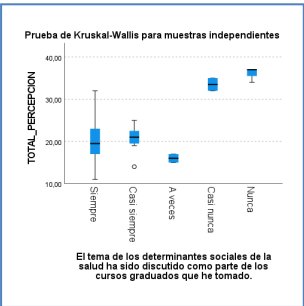
** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Tabla 10 Resultado Correlación Encuesta Percepción y pregunta Los determinantes se han discutido en el curso

Además existe correlación media negativa (-0,436) entre las personas que respondieron nunca a la pregunta 7 de la encuesta exposición y las personas que presentan mayor puntuación en la encuesta de percepciones. Esto significa que las personas que no recibieron el temario presentan menos conocimiento sobre los determinantes sociales.

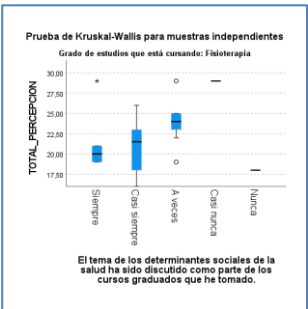
Estas diferencias se mantienen incluso analizando grado por grado de manera individual. Dentro de enfermería las personas que no recibieron formación sobre lo de determinantes presentan menor conocimiento sobre los determinantes (mayor puntuación en la encuesta Percepciones).

Dentro de Enfermería.



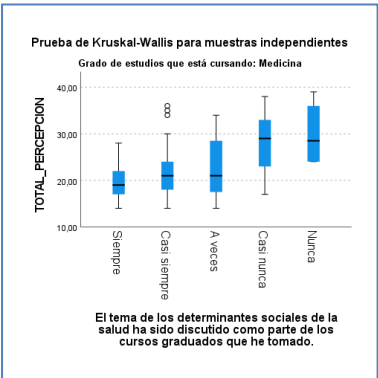
Gráfica 5 Percepción sobre determinantes sociales en función de haber recibido cursos sobre determinantes sociales de la salud. SOLAMENTE PERSONAS DE ENFERMERIA.

Dentro de Fisioterapia.



Gráfica 6 Percepción sobre determinantes sociales en función de haber recibido cursos sobre determinantes sociales de la salud. SOLAMENTE PERSONAS DE FISIOTERAPIA.

Dentro de Medicina



Gráfica 7 Percepción sobre determinantes sociales en función de haber recibido cursos sobre determinantes sociales de la salud. SOLAMENTE PERSONAS DE MEDICINA.

Por lo tanto según nuestros resultados la formación está relacionada con los conocimientos sobre los determinantes sociales de la salud.

Percepción- Intencionalidad

Planteamos nuestra investigación de manera que la existencia de relación entre percepción e intencionalidad sea nuestra hipótesis alternativa. Suponemos que las personas que conocen los determinantes sociales tienen mayor intencionalidad de acción frente a las injusticias sociales. Para conocer si esta relación es cierta realizamos la prueba de correlación de Spearman tras haber comprobado la distribución no normal de las escalas a correlacionar.

			TOTAL_INTENCION	TOTAL_PERCEPCION
	TOTAL_PERCEPCION	Coeficiente de correlación	-,156*	1,000
		Sig. (bilateral)	,029	.
		N	198	201

Tabla 11 Correlación para encuesta Percepciones

Finalmente obtenemos unos coeficientes de correlación bajos pero significativos. Si indagamos más y dividimos por grados observamos solamente correlación significativa dentro del Enfermería. Aquí el coeficiente de correlación entre percepción e Intencionalidad aumenta hasta un -0,443.

Exposición- Intencionalidad

¿La exposición o experiencias con desigualdades sociales se relacionada con la intencionalidad de actuar para reducirlas? Vimos anteriormente que existe una correlación baja entre estas dos escalas.

			TOTAL_INTENCION	TOTAL_EXPOSICION
	TOTAL_EXPOSICION	Coeficiente de correlación	-,203**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	198	201

Tabla 12 Correlación para encuesta Exposición

Si dividimos por grados los coeficientes de correlación aumentan. En enfermería aumenta a $-0,382$ puntos y en Fisioterapia a $-,0337$ puntos. Al puntuar al revés la encuesta de Exposición la correlación sale negativa. A mayor exposición frente a los determinantes sociales mayor intencionalidad a la hora de actuar frente a las injusticias sociales.

Posteriormente, ya que una de las preguntas del cuestionario de exposición o experiencias es haber sido formada en determinantes sociales queremos saber si esto se relaciona con la intencionalidad. Nuestra hipótesis alternativa es que si esta relacionado. Realizamos una comparación de medias para la escala de intencionalidad en función de haber discutido el tema de los determinantes sociales en su grado de estudio y obtenemos un p-valor superior a $0,05$ para intencionalidad por lo tanto no existen diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de intencionalidad entre las personas que discutieron los determinantes sociales. Entonces rechazamos la hipótesis alternativa y aceptamos la nula que nos indica que con nuestros datos no existen diferencias de medias

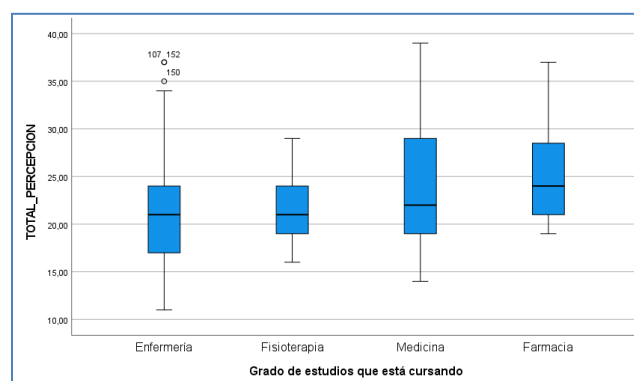
Discusión

Objetivo Percepciones

Comparando nuestros resultados con los obtenidos por (Pibernus et al., 2014) en su encuesta de las percepciones nuestros estudiantes presentan en la mayoría de preguntas en torno a un 10% más bajo de respuestas correctas a la hora de conocer los determinantes sociales aunque en ambas investigaciones los porcentajes finales de la pregunta haber recibido formación sobre los determinantes sociales son iguales. Este cuestionario y el de exposición al solo haber sido utilizado en esta investigación la comparación de los resultados que se puede hacer entre ellas es limitada por eso nos vamos a centrar en observar diferencias entre nuestra muestra dividiendo por grupo.

1. Lado social Enfermería

Nuestros datos nos muestran que los estudiantes de fisioterapia y enfermería presentan menor puntuación en la encuesta de percepción y exposición y por lo tanto tienen mayor conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud mostrando diferencias significativas con las puntuaciones obtenidas por los estudiantes de Farmacia. Esto podría explicarse por el carácter más social que presentan enfermería y fisioterapia. A pesar de la gran importancia de los factores sociales sobre la salud la educación en los grados de medicina y farmacia tiene un carácter más biomédico (Westerhaus et al., 2015), más centrado en los tratamientos, la atención individualizada y en el entendimiento del desarrollo de las enfermedades (O'Brien et al., 2014).



Gráfica 8 Percepción total dependiendo del grado de estudio

1. Menos Formación

A su vez, este distanciamiento tiene un efecto sobre los programas académicos que se puede explicar con que solamente el 36% de los alumnos de Farmacia de la UAH respondieron que siempre o casi siempre se había dado en el temario los determinantes sociales, en comparación con el 82% de enfermería. Estos hallazgos concuerdan con las críticas expresadas por diferentes investigadores señalando que farmacia todavía no ha incorporado una perspectiva social a su curriculum lo que significa que los determinantes sociales de la salud no están incluidos en su agenda académica (Butler et al., 2021; Kiles et al., 2020). Trabajando en esta línea países como Estados Unidos, Reino Unido y Australia han modificado sus planes de estudios para formar con una perspectiva social a sus farmacéuticos (Hassali et al., 2011). En Estados Unidos, *The Accreditation Council for [Pharmacy](#) Education* determinó en 2015 como requisito obligatorio para ser acreditado como farmacéutico ser capaz de reconocer y tener formación sobre los determinantes sociales de la salud (McGee et al., 2021). Esto mismo había ocurrido anteriormente en 2011 con los médicos *American Association of Medical Colleges* (AAMC)(O'Brien et al., 2014).

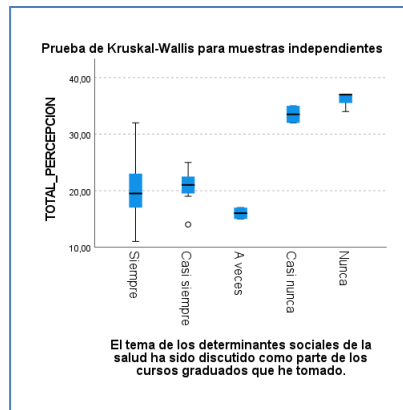
El tema de los determinantes sociales de la salud ha sido discutido como parte de los cursos graduados que he tomado			
	Siempre o Casi siempre	A veces	Nunca o casi nunca
Enfermería	82,9%	4,9%	9,8%
Fisioterapia	68,6%	25,7%	5,8%
Medicina	46,2%	29,5%	24,3
Farmacia	36,2%	31,9%	31,9%

Tabla 13 Porcentaje personas que respondió a la pregunta El tema de los determinantes sociales de la salud ha sido discutido como parte de los cursos graduados que he tomado.

3. Formación = mayor percepción

Además, en nuestra investigación recibir la formación si está relacionado con el nivel de conocimientos. Se observan diferencias significativas en las medias de las personas que han respondido siempre, es decir, las personas que han dado este temario presentan “mayor” nivel de percepción. También existe una correlación positiva entre las personas que no recibieron el curso y las personas que tienen puntuaciones elevadas en la encuesta de percepciones, que no conocen los determinantes sociales. Estos resultados no pueden expresar causalidad pero muestran correlación concordando con lo evidenciado en proyectos educativos donde al impartir cursos que abordaban el tema de los determinantes sociales de la salud aumentaba la conciencia de los estudiantes (M. D. Klein et al., 2011; Schroeder et al., 2019).

La autora Asthi Doobay- Persaud realizó una revisión bibliográfica de las diferentes metodologías utilizadas para tratar esta temática mostrando una amplia variedad de cursos pasando desde clases más tradicionales, a estancias con comunidades vulnerable (M. Klein & Vaughn, 2010; Schroeder et al., 2019), talleres de aprendizaje online, proyectos de investigación acción etc.. Y la conclusión fue que las formaciones que trabajan los determinantes sociales con una perspectiva crítica tuvieron efecto positivo sobre las percepciones y conocimientos de los estudiantes sobre él (Doobay-Persaud et al., 2019). Por ese motivo una de las líneas de acción planteadas para acabar con las desigualdades en salud por la CDSS era “*medir y comprender el problema*” ,es decir, formar a las personas para aumentar su sensibilidad frente al tema (Marmot et al., 2008). El conocimiento de los determinantes sociales es una herramienta para visibilizar estas desigualdades (Mogford et al., 2011) y nuestra investigación muestra resultados en ese camino.



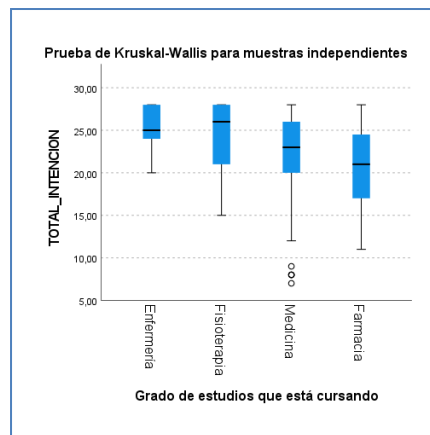
Gráfica 9 Percepción sobre determinantes sociales en función de haber recibido cursos sobre determinantes sociales de la salud. SOLAMENTE PERSONAS DE ENFERMERIA.

2. Objetivo Acción

Una de las críticas a la enseñanza de los determinantes sociales de la salud es la diferencia entre conocimiento o sensibilidad y acción. El conocimiento no tiene porque llevar a la acción (Sharma et al., 2018). Por eso pasamos la escala de justicia social para conocer su intencionalidad a la hora de trabajar para conseguir la justicia social y ver si existe relación con los conocimientos en determinantes sociales.

2.1 Escala de Intencionalidad. Comparar

En nuestros resultados se observaron diferencias significativas entre las medias de las personas que estudiaron enfermería (143,36 Media) y fisioterapia (140,028 Media) teniendo niveles más elevados de conciencia de justicia social comparando con los estudiantes de farmacia (128,42 Media) y medicina (130,08 Media). Diferencias significativas que se extrapolan para la escala de intencionalidad Enfermería (25,00 Media), Fisioterapia (24,11 Media), Medicina (21,93 Media) y Farmacia (20,85 Media).



Gráfica 10 Comparación de medias escala de Intencionalidad.

Esto podría explicarse por el claro carácter humanista de la enfermería que tiene en la ética de cuidado su filosofía, y dentro de ella la equidad como uno de los cinco códigos éticos que la rigen (Gea-Sánchez et al., 2016; Paquin, 2011; Shahriari et al., 2013). Un ejemplo de la importancia a nivel educativo de esto es que en Estados Unidos la *Association of Colleges of Nursing* al realizar el curriculum formativo de esta especialidad señaló la justicia social como uno de los cinco valores fundamentales a tener en cuenta (Fahrenwald et al., 2005). Por lo tanto, tiene sentido que observemos diferencias significativas con respecto a Medicina y Farmacia que aunque se rijan por los cuatro principios bioéticos; beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por la autonomía, (Fino et al., 2020) han centrado su formación en la biomedicina, como ya se había comentado anteriormente. En el caso de la medicina la propia CDSS señaló como necesario ir un paso más allá en su formación para fomentar que estos alumnos conozcan y quieran atajar las injusticias sociales que afectan a la salud (Ambrose et al., 2014).

En el caso de la escala de intencionalidad un estudio también realizó una investigación con esta misma metodología entre estudiantes de enfermería, de Estados Unidos y Reino Unido, con el objetivo de conocer los propósitos de las enfermeras frente a las injusticias sociales (Scheffer et al., 2019). Por falta de control sobre todas las posibles variables que pueden afectar a estos datos no podemos obtener resultados estadísticamente significativos pero si podemos comparar los valores y observar cierta similitud en las respuestas independientemente del país en el que se formaron las enfermeras. Estas semejanzas tendrían sentido al saber que a pesar de las diferencias

geográficas y culturales en los tres casos comparten los mismos valores éticos y profesionales (Fahrenwald et al., 2005).

Relacionando la escala de intencionalidad con los conocimientos o exposición frente a los determinantes sociales encontramos coeficientes de correlación de fuerza baja, más elevada en el caso de los estudiantes de enfermería y fisioterapia. Nuestros datos indican que el conocimiento de las desigualdades se relaciona con el aumento de la motivación para actuar frente a ellas, pero es solo una variable más dentro del recorrido que existe entre el saber y la acción (Thamlikitkul, 2006). Dependiendo del autor el factor clave que ayuda a la transición desde un plano pasivo a un plano activo varía. Algunos señalan a las experiencias prácticas como este elemento crucial (Dogherty et al., 2013), otros indican la necesidad del abordaje de los conocimientos desde una perspectiva crítica (Kumagai & Lypson, 2009) y otros remarcan la importancia de la metodología de enseñanza (Sharma et al., 2018). Independientemente de cuál sea la fórmula correcta, si es que existe, estos resultados nos invitan a seguir investigando esta área para explorar las características de los estudiantes de ciencias de la salud y conocer así como fomentar esta intencionalidad.

Limitaciones y líneas futuras.

Esta investigación presenta principalmente dos limitaciones, primeramente el bajo número de personas que participaron nos impide la obtención de resultados extrapolables. En esta línea, el otro inconveniente es el uso de encuestas o cuestionarios que no han sido utilizados en muchas investigaciones o la falta de una escala validada que trabaje el conocimiento o sensibilización frente a las desigualdades sociales de salud. Este problema nos dificulta la posibilidad de comparar nuestros resultados con otros compañeros.

A pesar de todos estos obstáculos esta investigación nos permite orientarnos con el objetivo de mejorar los conocimientos de los estudiantes frente a las desigualdades. Además, nos muestra las capacidades e intereses de los mismos frente a las inequidades dándonos la oportunidad de aprovechar y potenciar estas cualidades para formar agentes de cambio frente a las injusticias sociales.

Conclusiones

Los alumnos de los grados de enfermería, fisioterapia farmacia y medicina de la universidad de Alcalá conocen las desigualdades sociales de la salud aunque existen diferencias significativas dependiendo del grado de estudio, siendo los estudiantes de enfermería y fisioterapia los que tienen más conocimientos sobre este área comparando con los estudiantes de medicina y sobre todo con los de farmacia.

La formación en este tema también es diferente dependiendo del grado que estudien los encuestados. Los estudiantes de farmacia apenas discutieron los determinantes sociales a lo largo de su grado, mientras que la mayoría de estudiantes de enfermería y fisioterapia si recibieron esta formación. Además, haber abordado las desigualdades sociales en salud durante su enseñanza se relaciona positivamente con saber reconocer estas desigualdades sociales que afectan a la salud.

A la hora de relacionar variables entre conocimiento de los determinantes e intencionalidad de actuar frente a las injusticias sociales se encontró significación estadística en casos concretos como el de los alumnos de fisioterapia. Si nos fijamos solamente en los resultados obtenidos en la escala de intencionalidad observamos que los estudiantes presentan un interés elevado por actuar para reducir desigualdades sociales y más concretamente los estudiantes de enfermería y fisioterapia.

Por lo tanto los resultados de esta investigación nos muestran que nuestros futuros profesionales del campo de la salud conoce las desigualdades sociales que afectan a la salud, aunque su conocimiento podría ser más elevado sobre todo en el caso de medicina y farmacia y que tienen un alto interés de actuación frente a las injusticias sociales sobre todo las personas que estudian enfermería.

Anexo

Tabla 1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

			Enfer	Fisio	Medi	Farm	
GENERO	Mujer		33 (80,5%)	21 (60%)	57 (73,1%)	40 (85,1%)	
	Hombre		8 (19,5%)	14 (40%)	21 (26,9%)	6 (12,8%)	
	No binario		-	-	-	1 (2,1%)	
EDAD							
Estado civil							
Número de personas con las que vive	Sola		1 (2,4%)	-	5 (6,4%)	1 (2,1%)	
	1		5 (12,2%)	5 (14,3%)	5 (6,4%)	4 (8,5%)	
	2		13 (31,7%)	5 (14,3%)	12 (15,4%)	17 (36,2%)	
	3 o +		22 (53,7%)	25 (71,4%)	56 (71,8%)	25 (53,2%)	
Domicilio donde vive	Con familiares		34 (82,9%)	33 (94,3%)	51 (65,4%)	38 (80,9%)	
	Propio compartido		3 (7,3%)	1 (2,9%)	11 (14,1%)	4 (8,5%)	
	Propio sola		2 (4,9%)	-	4 (5,1%)	1 (2,1%)	
	Residencia de estudiantes		2 (4,9%)	1 (2,9%)	12 (15,4%)	4 (8,5%)	
Personas dependientes a cargo	Si		2 (4,9%)	-	1 (1,3%)	-	
	No		39 (95,1%)	35 (100%)	77 (98,7%)	47 (100%)	
Grado que estudia							
Curso que estudia	Primero		8 (19,5%)	5 (14,3%)	22 (28,2%)	19 (40,4%)	
	Segundo		8 (19,5%)	14 (40,0%)	12 (15,4%)	10 (21,3%)	
	Tercero		9 (22,0%)	13 (37,1%)	7 (9,0%)	9 (19,1%)	
	Cuarto		16 (39%)	3 (8,6%)	11 (14,1%)	4 (8,5%)	
	Quinto		-	-	21 (26,9%)	5 (10,6%)	
	Sexto		-	-	5 (6,4%)	-	
Combina trabajo con estudios	Si		6 (14,6%)	4 (11,4%)	13 (16,7%)	7 (14,9%)	
	No		34 (82,9%)	31 (88,6%)	65 (83,3%)	40 (85,1%)	
Problemas académicos	Sin problemas		33 (80,5%)	26 (74,3%)	59 (75,6%)	22 (46,8%)	
	Problemas leves		5 (12,2%)	6 (17,1%)	13 (16,7%)	13 (27,7%)	

	Problemas medios		2 (4,9%)	1 (2,9%)	5 (6,4%)	6 (12,8%)	
	Problemas graves		-	-	-	3 (6,4%)	
	Problemas económicos		-	-	-	1 (2,1%)	
	Otros		1 (2,4%)	2 (5,7%)	1 (1,3%)	2 (4,3%)	
Religión	Religioso practicante		2 (4,9%)	2 (5,7%)	10 (12,8%)	6 (12,8%)	
	Religioso no practicante		13 (31,7%)	4 (11,7%)	24 (30,8%)	12 (25,5%)	
	Ateo		15 (36,6%)	17 (48,6%)	25 (32,1%)	18 (38,3%)	
	Agnóstico		11 (26,8%)	12 (34,3%)	19 (24,4%)	11 (23,4%)	

Bibliografía

- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y Políticas de Salud*; Vol. 8, Núm. 17 (2009).
<http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/25336>
- Ambrose, A. J. H., Andaya, J. M., Yamada, S., & Maskarinec, G. G. (2014). Social justice in medical education: Strengths and challenges of a student-driven social justice curriculum. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health: A Journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*, 73(8), 244-250.
- Andermann, A. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *CMAJ*, 188(17-18), E474-E483.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964-968.
<https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Baum, F. (2007). Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the Twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration. *Social Medicine*, 2(1), 34-41.
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000100003>
- Birn, A.-E. (2018). Back to Alma-Ata, From 1978 to 2018 and Beyond. *American Journal of Public Health*, 108(9), 1153-1155. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304625>
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.005>

- Butler, L. M., Arya, V., Nonyel, N. P., & Moore, T. S. (2021). Developing a framework to address health equity and racism within pharmacy education: Rx-HEART. *American Journal of Pharmaceutical Education*. <https://doi.org/10.5688/ajpe8590>
- Correa, F. P. (2013). Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes – determinación social de la salud. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 31(0), 10.
- Davies, S. C., Winpenny, E., Ball, S., Fowler, T., Rubin, J., & Nolte, E. (2014). For debate: A new wave in public health improvement. *The Lancet*, 384(9957), 1889-1895. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62341-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62341-7)
- Dogherty, E. J., Harrison, M. B., Graham, I. D., Vandyk, A. D., & Keeping-Burke, L. (2013). Turning Knowledge Into Action at the Point-of-Care: The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 129-139. <https://doi.org/10.1111/wvn.12009>
- Doobay-Persaud, A., Adler, M. D., Bartell, T. R., Sheneman, N. E., Martinez, M. D., Mangold, K. A., Smith, P., & Sheehan, K. M. (2019). Teaching the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education: A Scoping Review. *Journal of General Internal Medicine*, 34(5), 720-730. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04876-0>
- Engels, F. (2003). The Condition of the Working Class in England. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1246-1249. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.8.1246>
- Fahrenwald, N. L., Bassett, S. D., Tschetter, L., Carson, P. P., White, L., & Winterboer, V. J. (2005). Teaching Core Nursing Values. *Journal of Professional Nursing*, 21(1), 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2004.11.001>
- Fee, E., & Brown, T. M. (2005). The Public Health Act of 1848. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 866-867. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862005001100017>
- Fernández-Britto Rodríguez, J. E., Armisen Penichet, A., Bacallao Gallestey, J., Piñeiro Lamas, R., Ferrer Arrocha, M., Alonso Martínez, M., Carballo Martínez, R., & Díaz-Perera

- Fernández, G. (2012). Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana, otro eslabón de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 292-299. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662012000200013>
- Fino, L. B., Basheti, I. A., Saini, B., Moles, R., & Chaar, B. B. (2020). Exploring pharmacy ethics in developing countries: A scoping review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 42(2), 418-435. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01021-4>
- Gea-Sánchez, M., Terés-Vidal, L., Briones-Vozmediano, E., Molina, F., Gastaldo, D., & Otero-García, L. (2016). Conflictos entre la ética enfermera y la legislación sanitaria en España. *Gaceta Sanitaria*, 30(3), 178-183. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.005>
- Habibzadeh, H., Jasemi, M., & Hosseinzadegan, F. (2021). Social justice in health system; a neglected component of academic nursing education: A qualitative study. *BMC Nursing*, 20(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00534-1>
- Haigh, F., Kemp, L., Bazeley, P., & Haigh, N. (2019). Developing a critical realist informed framework to explain how the human rights and social determinants of health relationship works. *BMC Public Health*, 19(1), 1571. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7760-7>
- Hassali, M. A., Shafie, A. A., Al-Haddad, M. S., Abduelkarem, A. R., Ibrahim, M. I., Palaian, S., & Abrika, O. S. S. (2011). Social pharmacy as a field of study: The needs and challenges in global pharmacy education. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 7(4), 415-420. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.10.003>
- Health, C. on S. D. of. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final* (WHO/IER/CSDH/08.1). Article WHO/IER/CSDH/08.1. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>

- Hidalgo, N., Martínez-Garrido, C., & Véliz, H. P. (2018). ¿Los futuros docentes están comprometidos con la justicia social? Validación y aplicación de la traducción al castellano de la escala de justicia social. *Páginas de educación*, 11(2), 85-107.
- Hixon, A. L., Yamada, S., Farmer, P. E. F., & Maskarinec, G. G. (2013). Justicia social: El corazón de la educación médica / Social justice: The heart of medical education. *Medicina Social*, 7(3), 183-191.
- Hosseini Shokouh, S. M., Arab, M., Emamgholipour, S., RASHIDIAN, A., MONTAZERI, A., & ZABOLI, R. (2017). Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, 46(4), 435-446.
- Jayasinghe, S. (2015). Social determinants of health inequalities: Towards a theoretical perspective using systems science. *International Journal for Equity in Health*, 14, 71. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0205-8>
- Kiles, T., Jasmin, H., Nichols, B., Haddad, R., & Renfro, C. P. (2020). A Scoping Review of Active-Learning Strategies for Teaching Social Determinants of Health in Pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(11). <https://doi.org/10.5688/ajpe8241>
- Klein, M. D., Kahn, R. S., Baker, R. C., Fink, E. E., Parrish, D. S., & White, D. C. (2011). Training in Social Determinants of Health in Primary Care: Does it Change Resident Behavior? *Academic Pediatrics*, 11(5), 387-393. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.04.004>
- Klein, M., & Vaughn, L. M. (2010). Teaching social determinants of child health in a pediatric advocacy rotation: Small intervention, big impact. *Medical Teacher*, 32(9), 754-759. <https://doi.org/10.3109/01421591003690320>
- Kumagai, A. K., & Lypson, M. L. (2009). Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education. *Academic Medicine*, 84(6), 782-787. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181a42398>

- Lamata Cotanda, F. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe lalonde. *Gaceta Sanitaria*, 8(43), 189-194. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(94\)71192-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(94)71192-4)
- León, D. C. R. (2013). Causalidad, derechos humanos y justicia social en la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 31(0), 7.
- Lucyk, K., & McLaren, L. (2017). Taking stock of the social determinants of health: A scoping review. *PLOS ONE*, 12(5), e0177306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177306>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- McGee, E. U., Allen, S. N., Butler, L. M., McGraw-Senat, C. M., & McCants, T. A. (2021). Holding pharmacy educators accountable in the wake of the anti-racism movement: A call to action. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2021.07.008>
- Mogford, E., Gould, L., & DeVoght, A. (2011). Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. *Health Promotion International*, 26(1), 4-13. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq049>
- Mohammadi, F., Keyvanara, M., & Samouei, R. (2020). Awareness and attitude of students and professors of medical sciences universities toward social determinants of health: Design and preliminary psychometrics of a questionnaire. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 116. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_776_19
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 810-813.

- Navarro, V. (2008). Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata. *Global Social Policy*, 8(2), 152-155.
<https://doi.org/10.1177/14680181080080020203>
- Nedel, F. B., & Bastos, J. L. (2020). Whither social determinants of health? *Revista de Saúde Pública*, 54, 15. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001618>
- O'Brien, M. J., Garland, J. M., Murphy, K. M., Shuman, S. J., Whitaker, R. C., & Larson, S. C. (2014). Training medical students in the social determinants of health: The Health Scholars Program at Puentes de Salud. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, 307-314. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S67480>
- Ortega, L. M. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: Base teórica de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 31(0), 11.
- Paquin, S. O. (2011). Social Justice Advocacy in Nursing: What Is It? How Do We Get There? *Creative Nursing*, 17(2), 63-67. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.17.2.63>
- Pibernus, A. R., Segarra, E. R., Burgos, J. C., Sepúlveda, O. G., Díaz, C. E. R., & Madera, S. R. (2014). Percepciones y experiencias sobre los determinantes sociales de la salud en una muestra de profesionales y estudiantes de psicología y educación para la salud en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 5(2), 194-208.
- Puyol, Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 178-181.
- Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 113(1-2), 13-19.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005>
- Rifkin, S. B. (2018). Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 3), e001188.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001188>

- Ruger, J. P. (2004). Ethics of the social determinants of health. *Lancet*, 364(9439), 1092-1097.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17067-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17067-0)
- Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 0-0.
- Scheffer, M. M. J., Lasater, K., Atherton, I. M., & Kyle, R. G. (2019). Student nurses' attitudes to social justice and poverty: An international comparison. *Nurse Education Today*, 80, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.06.007>
- Schroeder, K., Garcia, B., Phillips, R. S., & Lipman, T. H. (2019). Addressing Social Determinants of Health Through Community Engagement: An Undergraduate Nursing Course. *Journal of Nursing Education*, 58(7), 423-426. <https://doi.org/10.3928/01484834-20190614-07>
- Serapioni, M. (2017). Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cadernos De Saude Publica*, 33(9), e00170116.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00170116>
- Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., & Bahrami, M. (2013). Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1), 1-8.
- Sharma, M., Pinto, A. D., & Kumagai, A. K. (2018). Teaching the Social Determinants of Health: A Path to Equity or a Road to Nowhere? *Academic Medicine*, 93(1), 25-30.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001689>
- Solar, O., & Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: A historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 17(3), 180-185. <https://doi.org/10.1071/he06180>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. WHO Document Production Services. <https://doi.org/10.13016/17cr-aqb9>

- Thamlikitkul, V. (2006). Bridging the gap between knowledge and action for health: Case studies. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(8), 603-607.
<https://doi.org/10.2471/blt.05.023622>
- Torres-Harding, S. R., Siers, B., & Olson, B. D. (2012). Development and psychometric evaluation of the Social Justice Scale (SJS). *American Journal of Community Psychology*, 50(1-2), 77-88. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9478-2>
- Valencia, S. A. A. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 35(2), 186-196.
- Vilaseca, J. M., & Sans, M. (2018). Alma Ata 40th anniversary: Milestones of primary health care. *Medicina Clínica (English Edition)*, 151(11), 441-443.
<https://doi.org/10.1016/j.medcle.2018.04.002>
- Weiyuan, C. (2008). China's village doctors take great strides. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(12), 914-915. <https://doi.org/10.2471/blt.08.021208>
- Westerhaus, M., Finnegan, A., Haidar, M., Kleinman, A., Mukherjee, J., & Farmer, P. (2015). The necessity of social medicine in medical education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(5), 565-568.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000571>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), 429-445.
<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>